



# REPÚBLICA CENTROAFRICANA: UNA CRISIS SILENCIOSA

Diciembre 2011



## RESUMEN

Con este informe Médicos Sin Fronteras (MSF) quiere denunciar el estado de emergencia crónica en que se encuentra la República Centroafricana (RCA). En 2011, nuestra organización y otras han publicado cinco estudios retrospectivos que muestran una tasa de mortalidad por encima del umbral de emergencia<sup>1</sup> en las prefecturas donde vive la mayoría de la población del país.

A pesar de ello, el Gobierno centroafricano y los donantes internacionales han reducido su inversión en la atención sanitaria de la población. Por su parte, la ayuda humanitaria no ha logrado atenuar la crisis médica generalizada.

El país corre el riesgo de quedar atrapado entre dos percepciones negativas por parte de la comunidad internacional, que no lo considera lo suficientemente fiable ni su situación lo bastante urgente como para merecer una ayuda al desarrollo o de emergencia importantes. Y esto, por el bien de los 4,4 millones de centroafricanos, no se puede permitir.

La ayuda médica ofrecida actualmente es insuficiente. El país necesita que se realicen operaciones médicas de mayor envergadura y que cubran a una proporción mayor de la población. Si los viejos modelos de ayuda no han funcionado, habrá que crear otros nuevos.

En este informe presentamos las experiencias, análisis e inquietudes de MSF tras 14 años trabajando en la RCA. Empezamos con un resumen de los resultados de los estudios de mortalidad publicados en los últimos 18 meses por MSF y otras organizaciones. Después analizamos las distintas causas de la alarmante tasa de mortalidad y exponemos la insuficiencia de la ayuda prestada por todos los organismos implicados, desde el Gobierno centroafricano hasta la comunidad internacional, pasando por nuestra propia organización. Concluimos con un llamamiento para aumentar la ayuda médica al país.

## PROGRAMAS DE MSF EN LA RCA

Al final de 2010, MSF contaba con 1.243 trabajadores en la RCA, donde trabajamos desde 1997.

Actualmente llevamos a cabo actividades en cinco de las 17 prefecturas del país, situadas en su mayor parte pero no únicamente en las zonas fronterizas más inestables de su territorio. Tenemos proyectos en Gadzi y Carnot, prefectura de Mambéré-Kadei; Paoua, en Ouham-Pendé; Boguila, Maitikoulou, Kabo y Batangafo, en Ouham; Ndélé, en Bamingui-Bangoran, y Zémio, en Haut-Mbomou.

Nuestras misiones dan apoyo a nueve hospitales y 36 centros y puestos de salud. En casi todos los casos trabajamos en instalaciones del Ministerio de Salud Pública con el objetivo de que la cooperación sea lo más estrecha posible. En 2010 tratamos a 582.253 pacientes externos y 24.185 internos.



### Resumen de todas las actividades médicas, 2010

Consultas externas	582.253
Pacientes malaria	267.471
Consultas prenatales	32.152
Altas pacientes internos	24.185
Dosis vacuna sarampión	5.690
Partos	5.314
Admisiones nutrición	4.737
Intervenciones cirugía mayor	2.854
Intervenciones cirugía de urgencia	1.241
Pacientes en tratamiento antirretroviral (ARV)*	573
Partos por cesárea	401

\* MSF puso en marcha un proyecto de VIH y tuberculosis (TB) en Carnot a finales de 2010. En julio de 2011 este proyecto suministraba tratamiento del VIH a 500 pacientes y tratamiento de TB a otros 513.

1. Definido como 1 muerte por cada 10.000 habitantes al día (1/10.000/día para la población general y 2 muertes por cada 10.000 menores de 5 años al día (2/10.000/día). Checchi, F. y otros. *Public health in crisis-affected populations: A practical guide for decision-makers*. Londres: ODI-HPN, 2007.



## PARTE I NIVELES DE MORTALIDAD CRÍTICOS

Los ciudadanos centroafricanos afrontan tasas de mortalidad alarmantes. La RCA tiene la segunda esperanza de vida más baja del mundo, 48 años<sup>2</sup>. De hecho, la mortalidad supera generalmente el umbral de emergencia, nivel que indica una situación que exige ayuda médica inmediata.

En los últimos 18 meses, MSF ha realizado cuatro estudios de mortalidad retrospectivos en tres prefecturas:

- Un estudio en sitios centinela<sup>3</sup>, realizado en las subprefecturas de Boda, Boganda, Boganangone y Gadzi entre febrero y diciembre de 2010, halló una tasa bruta de mortalidad (TBM) de 1/10.000/día (intervalo de confianza o IC del 95%, 0,8-1,2), con picos más altos en la estación de lluvias, de mayo a septiembre, y un pico en noviembre. La tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) fue de 2/10.000/día (IC del 95%, 1,5-2,6). Ambas tasas entran de lleno en el umbral de emergencia.
- Un estudio<sup>4</sup> realizado en las subprefecturas de Carnot y Gadzi en junio de 2011 halló que en tres comunas rurales de Carnot, Gadzi y Senkpa Mpaéré la TBM fue de 3,3/10.000/día (IC del 95%, 2,3-4,8), mientras que la TMM5 fue de 3,7/10.000/día (IC del 95%, 2,4-5,6). En la comuna urbana de Carnot, la TBM fue de 3,9/10.000/día (IC del 95%, 3,0-5,2) y la TMM5 de 4,9/10.000/día (IC del 95%, 2,6-8,8). Los resultados de la mortalidad bruta triplican como mínimo el umbral de emergencia, lo que indica una situación considerada como fuera de control, aun cuando ninguna de las prefecturas esté afectada por conflictos o presente un gran número de desplazados.
- Un estudio<sup>5</sup> de agosto de 2011 profundizó la investigación en la comuna urbana de Carnot. Sus resultados fueron una TBM de 3,7/10.000/día (IC del 95%, 2,96-4,61) y una TMM5 de 7/10.000/día (IC del 95%, 5,26-9,34).
- Un estudio<sup>6</sup> de abril de 2011 en la zona adyacente al hospital de MSF en Maitikoulou, en la subprefectura de Markounda de la prefectura de Ouham-Pendé, halló una TBM de 0,83/10.000/día (IC del 95%, 0,51-1,33) y una TMM5 de 1,81/10.000/día (IC del 95%, 0,92-3,56). Estas tasas de mortalidad no superan el umbral de emergencia, pero el nivel alto del intervalo de confianza no permite descartarlo del todo.

2. "Mortality and burden of disease: Life expectancy". Depósito de Datos del Observatorio de Salud Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011 (base de datos). En: <http://apps.who.int/ghodata> (página web accedida el 7 de octubre de 2011).

3. Caleo, G. y otros. *Sentinel site mortality surveillance of mortality and nutritional status: Boda, Boganda, Boganangone and Gadzi sous-prefectures, Central African Republic*, 2010. París: Epicentre, 2011.

4. Cohuet S., Marquer, C. y Abdallah, S. *Enquête de mortalité rétrospective et de couverture vaccinale dans les sous-préfectures de Carnot et de Gadzi, République Centrafricaine*. París: Epicentre, 2011.

5. Espié, E. *Enquête de mortalité rétrospective dans la ville de Carnot, préfecture de Mambéré-Kadéï, République Centrafricaine*. París: Epicentre, 2011.

6. Rasella, D. *Retrospective Mortality Survey: Axe Maitikoulou-Kdajama Kota*. (2011, no publicado.)

El estudio principal realizado por Epicentre en sitios centinela de las subprefecturas de Boda, Boganda, Boganangone y Gadzi halló una crisis sanitaria crónica con tasas de mortalidad que superaban con creces "la línea de base plausible y además con niveles de desnutrición preocupantes"<sup>7</sup>. Los resultados evidencian claramente un exceso de mortalidad<sup>8</sup>, lo que indica que en 2010 hubo una crisis sanitaria prolongada al menos en las zonas cubiertas por el estudio. El informe de Epicentre la achaca en parte a razones económicas, en la medida en que el cierre parcial o total de las minas de diamantes durante 2009-2010 privó a la mayoría de los hogares de su principal fuente de ingresos. En cuanto a la mortalidad bruta y la de menores de 5 años, el informe atribuye el pico (octubre-noviembre de 2010) a una epidemia.

Por otro lado, en agosto de 2010 investigadores de la Universidad de California en Berkeley publicaron un estudio de mortalidad<sup>9</sup> realizado en cinco prefecturas que representan el 52% de la población y que revela una tasa bruta de mortalidad de 4,93/1.000/mes (IC del 95%, 4,65-5,13).<sup>10</sup> Esta tasa equivale a 1,64 muertes por 10.000 habitantes al día, de nuevo, por encima del umbral de emergencia. Las tasas más altas se registraron en las prefecturas afectadas más recientemente por conflictos y desplazamientos (Ouham y Ouham-Pendé, con una TBM de 2,21 y 2,07 por 10.000 habitantes/día, respectivamente), pero las de las prefecturas más tranquilas de Lobaye, Ombella M'Poko y Bangui, la capital, se situaron también por encima del umbral de emergencia.

La conclusión que podemos extraer de estos estudios es que las tasas de mortalidad superan las predicciones de la línea de base y que la población es vulnerable al potencial de los picos de epidemias y de desnutrición, lo que causa una mortalidad muy alta en los grupos susceptibles. Cabe destacar que las tasas brutas de mortalidad pueden exceder el umbral de emergencia incluso en zonas no afectadas por conflictos.

7. Caleo (2011), ob. cit.: p. 3.

8. El cálculo del exceso de mortalidad exige una línea de base, la tasa de mortalidad previa a la emergencia, que suele ser difícil de obtener. Hipotéticamente, esta podría ser el número de muertes causadas por la propia emergencia, o las que no se habrían registrado de no producirse la misma. Después, la diferencia entre esta línea de base y la tasa de mortalidad hallada en el estudio se multiplica por el tamaño de la población para obtener el exceso de mortalidad. Este depende mucho de la tasa de mortalidad previa a la emergencia y del tamaño de la población estimados.

9. Vinck, P. y Pham, P. "Association of exposure to violence and potential traumatic events with self-reported physical and mental health status in the Central African Republic". *Journal of the American Medical Association* 304, n°5 (2011): pp. 544-552. El estudio no realizó ninguna estimación de las tasas de mortalidad de menores de 5 años.

10. El estudio de la Universidad de California en Berkeley cuantificó las muertes por 1.000 habitantes/mes en lugar de 10.000 habitantes/mes, ya que consideraba esta última medición apta para situaciones de crisis pero no para la de la RCA, que describe como crónica.

# ESTUDIOS DE MORTALIDAD, OESTE DE LA REPÚBLICA CENTROAFRICANA, 2011



## PARTE II FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL EXCESO DE MORTALIDAD

Es difícil determinar exactamente las causas de este exceso de mortalidad en la RCA. Como el país carece de sistema sanitario, no existen datos sobre las causas de muerte a nivel nacional, y tampoco los estudios mencionados realizaron una recogida y análisis exhaustivos de datos sobre las causas de muerte<sup>11</sup>. Pero, basándonos en nuestra experiencia en el país, hemos identificado tres factores que contribuyen a esta mortalidad:

- Prevalencia, incidencia y mortalidad masivas de enfermedades prevenibles y tratables.
- Crisis, conflictos y desplazamientos que alteran la vida y los medios de vida de las personas.
- Un sistema sanitario fantasma que no ha logrado siquiera ofrecer una atención de calidad mínima a la población.

## FACTOR 1 PREVALENCIA MASIVA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES Y TRATABLES

La RCA tiene la quinta tasa de mortalidad más alta del mundo por enfermedades infecciosas y parasitarias: 754,9 por cien mil habitantes en 2008<sup>12</sup>. Aunque la presencia de MSF en el país es importante, no podemos ofrecer un panorama integral de su situación sanitaria, pero sí describir lo que vemos a diario.

### Malaria

En la RCA la malaria es holoendémica, es decir, todos los habitantes se infectan, de media, al menos una vez al año. Es la mayor amenaza para la salud pública y la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil:

- La malaria es, con diferencia, la principal causa de morbilidad en las instalaciones de MSF para pacientes externos: de un total de 582.253 pacientes externos en 2010, 267.471 (45,9%) fueron diagnosticados con malaria y tratados.
- Los datos de MSF indican un volumen muy alto de casos durante todo el año, con un pico importante en julio y agosto (el llamado *pique palu*). Por ejemplo, en Paoua, la media de admisiones pediátricas es de 220/mes y durante los meses del pico aumenta en un 55%, hasta las 338 admisiones/mes.



11. Uno de los estudios mencionados incluía una “autopsia verbal”, que halló que las principales causas de muerte, como era de esperar, fueron las enfermedades diarreicas (20,5% de todas las muertes) y la malaria (14,1%), pero este método es indirecto y propenso a errores. Ver: Espié, E., ob. cit.

12. Mortality and burden of disease: Cause-specific mortality, 2008”. Depósito de Datos del Observatorio de Salud Mundial, OMS, 2011 (base de datos). En: <http://apps.who.int/ghodata> (página web accedida el 17 de octubre de 2011).



- En los hospitales, la malaria es la primera causa de muerte entre los pacientes internos<sup>13</sup>. A nivel nacional, de las 1.997 muertes registradas en los hospitales en 2009, 670 fueron casos de malaria severa y 330 de anemia, seguramente relacionada con la malaria (el 50% del total para ambas causas). La proporción fue aún mayor entre los menores de 5 años: de las 1.375 defunciones en los hospitales, 544 fueron casos de malaria y 270 de anemia (el 59,2% del total para ambas causas)<sup>14</sup>. Estos datos coinciden con nuestra experiencia. Por ejemplo, en el hospital de Boguila, de las muertes de menores de 5 años ingresados en 2010, 33 de cada 67 fueron casos de malaria (49%), siendo la primera causa de muerte infantil con diferencia.
- El número de casos de malaria registrados es muy inferior al real y en su mayor parte no se tratan adecuadamente: solo un 6,4% de los casos esperados se detectan y tratan<sup>15</sup>.

Los retos más importantes son: ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento, descentralizando la asistencia médica hacia los centros de atención primaria y los trabajadores de salud comunitarios, y garantizar la disponibilidad de la terapia combinada con artemisinina (TCA) y de las pruebas de diagnóstico rápido en los centros y puestos de salud. La RCA dispone de una política de tratamiento gratuito de la malaria para niños menores de 5 años, pero este sistema no funciona. Debido al desabastecimiento de medicamentos esenciales y a las trabas y limitaciones logísticas, el acceso gratuito es una quimera.

También se deben mejorar el alcance y la eficacia de los programas de distribución de mosquiteras duraderas. Se afirma que se ha distribuido un gran número de mosquiteras en los últimos años, pero esto no parece haberse traducido en una reducción significativa de la transmisión de la malaria. También se deberían estudiar otras opciones eficaces de prevención y tratamiento, como la introducción del tratamiento preventivo intermitente para niños o el uso del artesunato para los casos de malaria severa en los hospitales.

13. No existen datos de mortalidad por malaria a nivel nacional en la RCA. La OMS estima que es de 192,1 muertes por 100.000 habitantes (ibíd.), pero dado que los casos de malaria registrados son inferiores a los reales en todo el país, esta cifra parece poco probable. Es inferior a la tasa de mortalidad por malaria en Chad y a la tasa de mortalidad por VIH en la propia RCA, lo cual también parece poco probable (por lo pronto, no coincide con la experiencia de MSF en sus programas en la RCA o Chad).

14. *Bulletin Annuel d'Information Sanitaire 2009*. Bangui: Ministerio de Salud Pública, Población y Lucha contra el Sida (MSPP), 2011: p. 39.

15. Uno de los pocos estudios de prevalencia (MICS 2000) estimó que el 31,8% de los niños habían tenido fiebre en las dos semanas anteriores. De este dato se extrapolaba que en 2007 habría un total de 5.692.495 casos de malaria, de los cuales 2.213.747 se registrarían en el grupo de los menores de 5 años. Esto equivaldría a 1.323 casos por 1.000 habitantes para la población general, y 1.698 casos por 1.000 menores de 5 años. Pero en 2009, el MSPP estimó en tan solo 175.210 los casos registrados, mientras que MSF trató otros 187.736, lo que implica que solo un 6,4% de los casos esperados se detectaron y trataron. Ver: "Multiple Indicators Cluster Survey 2". MSPP, 2000 (en Internet). En: [www.childinfo.org/mics2\\_car.html](http://www.childinfo.org/mics2_car.html) (página web accedida el 4 de febrero de 2011).

## VIH/tuberculosis

La RCA tiene la prevalencia de VIH más alta de África central. La epidemia del VIH está muy extendida entre la población adulta, produciéndose la mayoría de las infecciones por transmisión sexual. Un estudio nacional de seroprevalencia realizado en 2010<sup>16</sup> halló una prevalencia del 5,9% en el grupo de edades comprendidas entre 15 y 49 años, lo que representa una ligera disminución respecto al 6,2% que mostró el estudio anterior<sup>17</sup>. La tasa en ese grupo de edad aumentó entre los hombres (del 4,3% al 5,4%), pero disminuyó entre las mujeres (del 7,8% al 6,3%). La epidemia se concentra en su mayor parte en la capital, Bangui (10,7%), y en las zonas afectadas por conflictos (como Haut-Mbomou, con un 14,8%).

Onusida estima que hay 110.000 adultos y 17.000 niños seropositivos en el país, mientras que la cifra de fallecidos cada año por complicaciones relacionadas con el VIH es de 11.000<sup>18</sup>. El Centro Nacional de Lucha contra el Sida (CNLS) ha calculado que 45.000 personas, entre ellas 14.000 niños, necesitan ya el tratamiento antirretroviral. Pero actualmente solo unas 15.000 lo han iniciado, el 33,3% de quienes lo necesitan<sup>19</sup>. A fecha de 31 de diciembre de 2010, MSF trataba a 573 pacientes seropositivos con antirretrovirales en sus instalaciones, cifra que en julio de 2011 había aumentado a 998 pacientes.



16. "Présentation des principaux résultats de la sérologie VIH prévalence du VIH de la Quatrième Enquête Nationale à Indicateurs Multiples 2010". Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), 2011 (presentación en Powerpoint).

17. "Résultats de l'enquête à Indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006". Bangui: Ministerio de Economía, Planificación y Cooperación Internacional, 2007. En: [www.childinfo.org/files/MICS3\\_CAR\\_PreliminaryReport\\_2006\\_Fr.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS3_CAR_PreliminaryReport_2006_Fr.pdf) (página web accedida el 11 de octubre de 2011).

Si la población tuviera acceso al tratamiento adecuado, sería de esperar que las tasas de prevalencia aumentarían.

18. "Central African Republic: HIV and AIDS estimates (2009)". Onusida, 2011. En: [www.unaids.org/en/regionscountries/countries/centralafricanrepublic](http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/centralafricanrepublic) (página web accedida el 11 de octubre de 2011). Esta extrapolación se basa en los datos de prevalencia anteriores, de 2006.

19. Delaunay, S. *État des lieux de l'infection VIH en République de Centrafrique et pistes de réflexion pour MSF*. Nueva York: MSF, 2011.

La tuberculosis (TB) es también una de las principales causas de muerte en la RCA, tanto en pacientes coinfectados con VIH como en los demás. Las tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad de TB<sup>20</sup> estimadas se duplicaron entre 1990 y 2009. Menos del 20% de las 19.000 personas que se cree tienen actualmente la enfermedad accedieron al tratamiento en 2009. Este dato se basa en una tasa de 424 por 100.000 habitantes, sin duda una estimación demasiado baja, dada la ausencia de centros de diagnóstico en la mayor parte del país.

Los programas nacionales para VIH y TB son poco sólidos y las conexiones entre ellos, tan solo embrionarias. Entre los problemas más importantes se encuentra el desabastecimiento catastrófico de medicamentos, que puede durar meses. Por ejemplo, el Centro Nacional de Referencia de las Infecciones Antirretrovirales y la Terapia Antirretroviral estuvo desabastecido de algunos medicamentos de primera línea durante 18 de los 30 meses posteriores a julio de 2008<sup>21</sup>. En junio de 2011 también se produjo un desabastecimiento catastrófico de todos los medicamentos para la TB de primera línea, que solo se resolvió cuando una asociación de beneficencia donó un suministro para nueve meses. La falta de personal cualificado es también un problema para la ampliación y la calidad de la atención a pacientes de VIH. Un estudio reciente<sup>22</sup> indica tasas de resistencia tremendamente altas a los medicamentos de primera línea: hasta el 30% en adultos y el 50% en niños.

Mientras el mundo se centra en adelantar el tratamiento del VIH para prevenir la propagación del virus, en la RCA los pacientes que mueren por el VIH no pueden acceder al tratamiento. Los nuevos protocolos introducidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010 subrayan la necesidad de adelantar el acceso al tratamiento (umbral de 350 CD4<sup>23</sup>) y mejorar los regímenes de medicamentos. En la RCA esto supondría multiplicar por más de cinco el número de personas en tratamiento ARV, para lo que todavía no hay capacidad ni un plan establecido.

### Enfermedad del sueño

La RCA tiene cuatro de los pocos focos de la enfermedad del sueño o tripanosomiasis humana africana que quedan en África subsahariana<sup>24</sup>. Esta enfermedad tropical olvidada, transmitida por la mosca tsé-tsé, es mortal si no se trata. Los habitantes de la bolsa de Ouham, en el noroeste del país, corrieron un mayor riesgo de infectarse o de tener la enfermedad tras interrumpirse las labores de control debido al conflicto. La población habría estado más expuesta a la mosca tsé-tsé al huir al monte, pues allí el acceso a las instalaciones de salud para tratar la



enfermedad es menor. En 2009 la RCA fue el segundo país del mundo con más casos registrados, un total de 1.054 casos<sup>25</sup>.

MSF participa en el control de la enfermedad del sueño en la RCA desde mediados de los noventa y actualmente lleva a cabo dos proyectos dirigidos a la erradicación del foco de Ouham. Uno de ellos, en Maitikoulou, va camino de cumplir ese objetivo antes del final de 2012: en 2010 se hizo la prueba a 6.365 personas, 56 de las cuales dieron positivo (tasa de positivos del 0,9%) y 49 fueron tratadas. En Batangafo, también en la prefectura de Ouham, 2.462 de un total de 147.265 personas examinadas fueron tratadas entre 2007 y 2010. Pero la detección de casos se interrumpió por la inseguridad, por lo que solo 340 de las 45.388 personas examinadas fueron tratadas en 2010. Debido a la ausencia de actividades de detección activa de casos, la mayoría de los pacientes en el eje Kambakota no han sido diagnosticados ni tratados, por lo que la prevalencia en este eje sigue siendo del 3,2%.

Por su parte, las opciones de diagnóstico y tratamiento se han de mejorar y adaptar a este contexto. La introducción de la terapia combinada con nifurtimox y eflornitina (NECT, por sus siglas en inglés) tanto en el protocolo como en la práctica en la RCA es una prioridad y ya es un hecho en los proyectos de MSF.

### Vacunas

La escasa cobertura vacunal contribuye a que los niveles de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles sean altos. En 2009, solo nueve de los 24 distritos llegaron a una cobertura de la DTP3 (difteria, tétanos y tos ferina) del 80%, mientras que solo cinco alcanzaron una cobertura de la vacuna del sarampión del 90%<sup>26</sup>. La estimación de la cobertura de esta última, con o sin cartilla de vacunación, en las zonas rurales de las subprefecturas de Carnot y Gadzi fue del 26,3% (IC del 95%, 16,4-36,2)

20. World Tuberculosis Report. Ginebra: OMS, 2010.

21. Delaunay, S., ob. cit.

22. ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau). "Discussion on preliminary results of a study into resistance to first-line medicines for HIV". 2011 (comunicado personal).

23. Las CD4+ son un tipo de células T implicadas en la protección frente a infecciones. La destrucción de estas células es la causa más importante de inmunodeficiencia, por lo que su medición indica la evolución del virus.

24. Simarro, P. y otros. "The Atlas of human African trypanosomiasis: a contribution to global mapping of neglected tropical diseases". International Journal of Health Geographics 9 (2010): p. 57. En: [www.ijhealthgeographics.com/content/9/1/57](http://www.ijhealthgeographics.com/content/9/1/57) (página web accedida el 11 de octubre de 2011).

25. OMS, ob. cit. En parte se trata de algo positivo, debido a una detección más activa y, por tanto, un mayor hallazgo y tratamiento de casos.

26. "Immunization summary: A statistical reference containing data through 2009". Unicef, 2011 (en Internet): p. 33. En: [www.childinfo.org/files/32775\\_UNICEF.pdf](http://www.childinfo.org/files/32775_UNICEF.pdf) (página web accedida el 18 de octubre de 2011).





© Michael Kottmeier/agenda

y en las zonas urbanas de Carnot, del 55,5% (IC del 95%, 48,7-62,2)<sup>27</sup>. Un estudio más amplio en hogares de seis prefecturas halló que el 37% de los niños estaban completamente vacunados conforme a su edad<sup>28</sup>.

En 2011 se registraron casos de enfermedades prevenibles con vacunas, entre ellas, sarampión, meningitis, tétanos neonatal, tos ferina, fiebre amarilla y poliomielitis. Se registró un caso de virus salvaje de la polio cerca de nuestro proyecto en Batangafo. El padre del niño confirmó a MSF que su pueblo no había sido visitado durante las campañas de vacunación ni en 2008 ni en abril y junio de 2011, debido a la situación de inseguridad más o menos permanente y a los enfrentamientos armados en la zona.

Los programas ampliados de inmunización (PAI) suelen funcionar en los hospitales, pero en los centros de salud y las comunidades son más o menos inexistentes y no hay estrategias avanzadas o móviles. En 2010 y 2011 el desabastecimiento de vacunas BCG, polio y tétanos ha sido frecuente, mientras que la mayoría de los centros de salud carecen de equipos para el mantenimiento de la cadena de frío. Se ha llevado a cabo una serie de actividades de inmunización complementarias, pero su cobertura y calidad son cuestionables.

Un estudio realizado en Batangafo<sup>29</sup> en 2011 halló una cobertura de la vacuna del sarampión del 46,2% en los niños de 9 a 11 meses de edad. Las razones aducidas por la comunidad para no

vacunar a sus hijos fueron: la lejanía de los centros de vacunación (53% de los entrevistados), problemas de disponibilidad del servicio (20%) y problemas de educación en salud pública (4%).

Pese a haber realizado 582.253 consultas en sus instalaciones en 2010 (un 60% de las cuales fueron con menores de 5 años), MSF solo logró vacunar a 5.690 niños contra el sarampión. El reciente cambio de estrategia, consistente en vacunar solo a los niños de 9 a 12 meses de edad, implicará miles de oportunidades perdidas para realizar vacunaciones rutinarias.

### Nutrición

El estudio de vigilancia comunitaria realizado por MSF y Epicentre en las subprefecturas de Boda, Boganda, Boganangone y Gadzi entre febrero y noviembre de 2010 halló una prevalencia de desnutrición aguda global del 11,9% (IC del 95%, 9,1-15,5)<sup>30</sup>. La prevalencia de desnutrición aguda severa fue del 3% (IC del 95%, 2,3-4,0), de la cual la mitad mostraba síntomas de la presencia de kwashiorkor. La prevalencia de desnutrición aguda severa tuvo picos en abril-mayo de 2010 y, de forma más notable, en junio-octubre.

Aunque la desnutrición está considerada una de las causas subyacentes más importantes de muerte infantil, la estabilidad relativa de la evolución de los indicadores nutricionales sugiere que la crisis es subaguda y de larga duración. Esto pone de manifiesto que las intervenciones diseñadas para las emergencias nutricionales no son del todo adecuadas en este contexto, sobre todo si no se acompañan de un control de las grandes enfermedades infantiles.

27. Cohuet, S., Marquer, C. y Abdallah, S., ob. cit.

28. "Résultats de l'Enquête Ménage et de l'Enquête Qualité de Base Pour le programme Achat de Performance dans six Préfectures (Basse Kotto, Haut-Mbomou, Mbomou, Lobaye, Ombella Mpoko et Nana Mambéré)". MSPP, 2010.

29. Enquête de couverture vaccinale après une campagne de vaccination de masse contre la rougeole: Sous-préfecture de Batangafo, République Centrafricaine. París: Epicentre, 2010.

30. Caleo, G. y otros, ob. cit.

## FACTOR 2 CRISIS, CONFLICTOS Y DESPLAZAMIENTOS

La RCA está atrapada en un ciclo de conflictos constantes e interminables desde por lo menos finales de los años noventa. Aunque el presidente François Bozizé fue reelegido para un nuevo mandato en enero de 2011, el Estado centroafricano no puede garantizar la seguridad de sus ciudadanos o sus fronteras, y grupos armados se mueven y actúan más o menos libremente.

El número de muertes relacionadas con los enfrentamientos armados es bajo<sup>31</sup>, pero ha habido muchos episodios violentos, entre ellos, algunos dirigidos contra civiles<sup>32</sup> y trabajadores humanitarios, y el impacto en la salud de la población ha sido importante<sup>33</sup>. Aunque las cifras absolutas sean bajas, la proporción de los afectados y desplazados por conflictos en algunas zonas puede ser muy alta, hasta la mitad de la población. Las consecuencias de estos conflictos no solo son graves para la salud de la población, sino también para otros aspectos fundamentales de su vida, como la escolarización de los niños, la producción agrícola, el acceso a mercados operativos y la degradación de infraestructuras esenciales, entre ellas, las carreteras. Se calcula que actualmente hay en el país 103.153 desplazados internos, de los cuales 22.180 se vieron obligados a ello en 2011<sup>34</sup>.

Pese a algunos avances en las negociaciones oficiales entre el Gobierno y varias fuerzas rebeldes, y al desarme, la desmovilización y la reintegración en el noroeste, siete de las 17 prefecturas están afectadas por conflictos y hasta 10 grupos armados actúan en el país<sup>35</sup>.

También cabe destacar que los conflictos no son la única causa de las crisis localizadas que afectan a la salud y los medios de vida de la población. En el oeste del país, el exceso de mortalidad está más estrechamente asociado a la suspensión de la extracción de diamantes y su consiguiente impacto en la subsistencia de las familias que dependían de esa industria.

### Este: Haut-Mbomou y Mbomou

El Ejército de Resistencia del Señor (LRA, por sus siglas en inglés) está presente en la RCA desde marzo de 2008. Tras una serie prolongada de ataques a pueblos, con matanzas, violaciones,

secuestros y quema de casas, unas 19.000 personas, un tercio de los habitantes de Haut-Mbomou, se desplazaron a las ciudades más grandes, como Zémio, Mboki y Obo. Estos desplazados sufrieron las consecuencias físicas y psicológicas de violencia, violaciones y secuestros. También ha afectado negativamente a la salud de la población el colapso de la atención sanitaria en los pueblos, ya que los trabajadores huyeron y el suministro de material médico quedó limitado, mientras que el nivel nutricional ha empeorado debido a la reducción de la seguridad alimentaria. La inseguridad y la violencia en las carreteras también limitan gravemente el movimiento de las personas, incluidos los trabajadores humanitarios.

### Triángulo: Ouham y Nana Grebizi

La inseguridad en esta zona, entre Kabo, Kaga Bandoro y Batangafo, es cada vez mayor. El FPR<sup>36</sup>, un grupo rebelde de Chad, cobra fuerza mientras que el otro grupo armado más importante, el FDPC<sup>37</sup>, se ha fragmentado. También hay cada vez más enfrentamientos armados con el APRD<sup>38</sup>, presente en el oeste de la zona. Los ataques a los trabajadores humanitarios han llevado a la suspensión de operaciones y han mermado la capacidad para asistir a la población civil. La mitad de los habitantes de la prefectura se ha desplazado internamente o se ha refugiado en Chad. El resto han quedado atrapados en sus pueblos por la violencia y la inseguridad y dependen de las agencias humanitarias para sus necesidades, tanto médicas como de otro tipo.

### Norte: Bamingui-Bangoran, Vakaga y Haut-Kotto

El conflicto entre las FACA<sup>39</sup>, la CPJP<sup>40</sup> y la UFDR<sup>41</sup> ha implicado ataques a las ciudades más importantes, la destrucción de pueblos y el bloqueo de carreteras, así como la violencia étnica entre las milicias de Runga y Gula. En junio y julio de 2011, las dos facciones de la CPJP firmaron el Acuerdo de Libreville con el Gobierno, pero en septiembre se produjeron episodios graves de violencia entre la CPJP y la UFDR que desembocaron en matanzas generalizadas, quema de casas y desplazamientos en las zonas circundantes de Sikkikede, Bria y Sam Ouandja. Unos 12.000 refugiados huyeron al vecino Chad, mientras que 6.000 se desplazaron a la ciudad de Bria en septiembre de 2011. El resto han quedado atrapados, aislados de la ayuda exterior y sin poder huir.

La prestación estatal de servicios médicos se ha suspendido en muchas zonas y el acceso de la ayuda humanitaria ha quedado sumamente limitado por todo el norte y noreste. No solo los ejes son difíciles e inseguros, sino que las FACA han cortado

31. Según las definiciones usadas por Armed Conflict Dataset (UCDP/PRIO), la RCA no alcanzaría las 1.000 muertes/año debidas a enfrentamientos armados como para que su situación se considerara de "guerra", sino de "conflicto armado intermedio", entre 25 y 1.000 muertes/año debidas a enfrentamientos armados. Ver: "UCDP/PRIO Conflict Dataset". Uppsala Conflict Data Program, 2011 (base de datos). En: <http://www.pcr.uu.se/research/UCDP> (página web accedida el 9 de noviembre de 2011).

32. Potts A., Myer, K. y Roberts, L. "Measuring human rights violations in a conflict-affected country: results from a nationwide cluster survey in Central African Republic". *Conflict and Health* 5 (2011): p. 4.

33. Vinck, P. y Pham, P., ob. cit.

34. "Overview of displacement in the Central African Republic". Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH), 2011. En: <http://reliefweb.int/node/458067> (página web accedida el 9 de noviembre de 2011).

35. "Central African Republic: Humanitarian access constraints". OCAH, 2011 (mapa). En: <http://reliefweb.int/node/19217> (página web accedida el 18 de octubre de 2011).

36. Frente Popular para la Reconstrucción.

37. Frente Democrático del Pueblo Centroafricano.

38. Siglas en francés de Ejército Popular para la Restauración de la Democracia.

39. Fuerzas Armadas Centroafricanas, el ejército oficial de la RCA.

40. Convención de Patriotas para la Justicia y la Paz.

41. Unión de las Fuerzas Democráticas para la Unidad.

## FACTOR 3 UN SISTEMA SANITARIO FANTASMA

del todo el acceso a la ayuda humanitaria en dos de ellos en Ndélé. También se han producido secuestros de trabajadores humanitarios en esta zona. Todo esto ha dejado a algunos pueblos sin acceso a ningún tipo de atención médica. Del mismo modo, los medios de subsistencia, la escolarización y las condiciones de agua y saneamiento se han visto gravemente degradados.

### Noroeste: Ouham y Ouham-Pendé

La firma del Acuerdo de Paz de Libreville por parte del APRD en 2008 puso fin a cinco años de conflicto en las prefecturas de Ouham y Ouham-Pendé, en el noroeste del país. El proceso de desarme parece avanzar desde las elecciones de febrero de 2011, y se han entregado muchas armas. Además, aunque las cifras oficiales de desplazados internos (165.000) y refugiados en Chad y Camerún (164.000) siguen siendo oficiales, parece probable que muchos de ellos, si no la mayoría, hayan regresado a casa o se hayan asentado allí donde se encuentren. Aun así, hay variaciones subregionales importantes: en la zona occidental, alrededor de Paoua, se ha asentado más gente que en la oriental, entre Maitikoulou y Batangafo. Además, el Estado aún no se ha reinstaurado. Aunque la población tiene acceso a tierras de cultivo, ha tenido que rehacer su vida por completo.

### Suroeste: Mambéré-Kadei

Los conflictos son la causa principal de la situación de emergencia en la RCA, pero no la única: también ha habido crisis económicas causadas por una combinación de los intentos del Gobierno de controlar el comercio de diamantes y una caída del precio de los diamantes industriales<sup>42</sup>. El suroeste, alrededor de Carnot, tiene una de las peores tasas de mortalidad del país. Las razones son probablemente más económicas que militares: la industria minera de la zona se hundió en 2009 debido al aumento de las restricciones a las pequeñas empresas. El resultado fue un empobrecimiento de una gran parte de la población y el aumento de las necesidades sanitarias, incluida la desnutrición.

El sistema sanitario de la RCA siempre ha sido muy débil. En muchas partes es prácticamente inexistente. El país carece de los seis "pilares de todo sistema sanitario" definidos por la OMS<sup>43</sup>:

- **Servicios médicos.** En las zonas rurales, los centros de salud más cercanos suelen estar muy lejos: a una media de 9,1 km en las cinco prefecturas, según un estudio de línea de base. La mayor distancia es de 14,8 km en Ouaka y la menor, de 3,8 km en Mbomou<sup>44</sup>.
- **Trabajadores sanitarios.** Para el 43% de los hogares, el centro de salud más cercano no tiene personal cualificado<sup>45</sup>, el cual, sobre todo los médicos, se concentra en su mayor parte en la capital<sup>46</sup>. Desde el asesinato del jefe médico de la región en junio de 2011, el sistema público de salud carece de médicos en Mbomou y Haut-Mbomou.
- **Información de salud.** Los sistemas de vigilancia son muy débiles, por lo que la escala de las necesidades médicas del país están subestimadas. Por ejemplo, según la OMS había 175.210 casos probables y confirmados de malaria en 2009<sup>47</sup>, una cifra inferior a los 187.736 casos confirmados y tratados por MSF<sup>48</sup>. Así, parece que la carga de enfermedad en la RCA sea baja cuando en realidad no lo es.
- **Vacunas, productos médicos y tecnologías.** Las instalaciones de salud suelen estar desabastecidas de medicamentos: según un estudio, los centros de salud tenían el 55% de un paquete de medicamentos esenciales, los puestos de salud el 38% y los hospitales el 47%<sup>49</sup>. La suspensión de las ayudas del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria debido a las acusaciones de corrupción ha ocasionado en 2010 y 2011 desabastecimientos de meses de fármacos para la malaria (TCA), VIH (antirretrovirales) y tuberculosis (tratamiento de primera línea), lo que ha tenido graves consecuencias para los pacientes. Estos, además, han de procurarse sus propios medicamentos en el mercado privado, ya sean farmacias sin licencia o vendedores itinerantes, y esos medicamentos son de calidad cuestionable. Por otro lado, el mercado



© Sarah Elliott para MSF

42. "Dangerous little stones: Diamonds in the Central African Republic". En *Africa Report 167*, International Crisis Group (ICG), Bruselas, 2010.

43. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS, 2010.

44. MSPP, ob. cit.

45. MSPP, ob. cit.

46. De los 118 médicos generalistas que tenía el país en 2010 (0,031 por 1.000 habitantes), 54 trabajan en la capital (0,087 por 1.000 habitantes), mientras que siete cubren la Región Sanitaria 5 (Vakaga, Bamangui-Bangoran y Haut-Kotto, 0,027 por 1.000 habitantes) y 11 la Región Sanitaria 3 (Ouham y Ouham-Pendé, 0,013 por 1.000 habitantes). Morhain, A. *Étude interne sur l'accès à la santé en République Centrafricaine et pistes de réflexion pour MSF*. (2011, no publicado.)

47. World Malaria Report". OMS, 2010, (en Internet). En: [www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2010/en/index.html](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/en/index.html) (página web accedida el 14 de enero de 2011).

48. MSF comunica sus cifras al MSPP.

49. El estudio puntuó las instalaciones en función de la presencia o ausencia de los siguientes medicamentos: amoxicilina 250mg, artesunato-amodiaquina 50-200mg, cotrimoxazol 480mg, diazepam 10mg/2ml, mebendazol 100mg, methegin 10 unidades, metronidazol 250mg, paracetamol 500mg, quinina 500mg, ORS (solución de rehidratación oral), guantes estériles, compresas y solución de glucosa al 5%. MSPP, ob. cit.



farmacéutico privado se caracteriza por su mala calidad y los escándalos, a lo que hay que sumar la incapacidad del Gobierno para ejercer un control eficaz<sup>50</sup>.

- **Financiación de la salud.** Pese a ser uno de los países más pobres de África, los pacientes han de pagar de su bolsillo casi todos los servicios médicos: partos (precio medio de 26,09 dólares), hospitalizaciones (23,38 dólares); consultas (12,92 dólares en un centro de salud y 6,80 en un puesto de salud); pruebas de laboratorio (7,61 dólares); consultas prenatales (4,63 dólares); medicamentos (3,19)<sup>51</sup>, incluso guantes y "derechos de mesa" (1,13 cada uno)<sup>52</sup>. El Ministerio de Salud Pública, Población y Lucha contra el Sida (MSPP) depende para su funcionamiento de los países donantes e instituciones como el Fondo Mundial.
- **Liderazgo y gobernanza.** Varios centros nacionales del MSPP disponen de capacidad técnica para supervisar programas médicos, pero es débil y necesita un fortalecimiento y una financiación considerables. La sanidad no parece ser una de las grandes prioridades del Gobierno.

La suspensión de los acuerdos entre el Fondo Mundial y el Gobierno centroafricano ha tenido efectos especialmente nefastos en la salud de la población. Debido a esta ruptura, en 2010 el Fondo Mundial no concedió ninguna ayuda para el tratamiento de la malaria, lo que provocó el desabastecimiento de la TCA en todo el país<sup>53</sup>: al menos 175.000 personas no pudieron recibir ese medicamento vital para su salud y tuvieron que comprar otro de calidad inferior en el mercado o abandonar el tratamiento. Igualmente, la suspensión de las ayudas para el tratamiento del VIH ha sido la causa principal del desabastecimiento generalizado de medicamentos antirretrovirales, lo que obligó a interrumpir el tratamiento de unos 15.000 pacientes seropositivos.

El resultado de todo esto es tan predecible como deprimente. Con frecuencia, los servicios médicos son prácticamente inexistentes en muchas partes del país. Si existen, su accesibilidad está limitada por la distancia y el coste para los pacientes. Y cuando son accesibles, suelen ser de mala calidad.

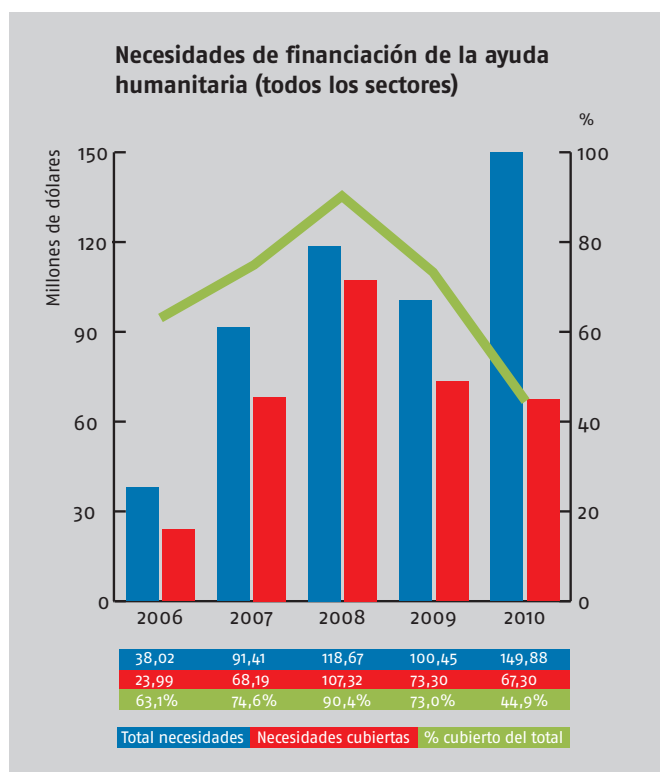
50. El Gobierno firmó un acuerdo con el fabricante indio Shalina para distribuir medicamentos en el país, pero sin ningún control de la calidad de los medicamentos, de las condiciones de su almacenamiento o de lo que afirmaban los vendedores (no formados). A pesar de las recomendaciones de que los productos de esta compañía sean retirados del mercado, siguen disponibles incluso en los centros de salud del Gobierno. Ver: Courcambeck, A. *Assistance Technique pour le projet de renforcement des services de santé publique en République Centrafricaine: Rapport de Mission*. (2010, no publicado.)

51. MSPP, ob. cit.

52. Cohuet, S., Marquer, C. y Abdallah, S., ob. cit.

53. La OMS recomienda la terapia combinada con artemisinina, o TCA, para el tratamiento de los casos simples y severos de malaria por *Plasmodium falciparum*.

- **El coste para los ciudadanos es alto.** El gasto medio anual en salud acapara el 10,7% de la renta (23,80 dólares de una renta media de 222)<sup>54</sup>.
- **Acceso limitado de los pobres a la atención médica.** Cuando enferman, el 48% visita un centro de salud, pero el 43% va directamente a una farmacia, en la mayoría de los casos (56%) porque suelen ser más baratas. De quienes van a una farmacia, el 41% no puede pagarse el tratamiento completo, de nuevo debido a su coste<sup>55</sup>.
- **Baja calidad.** Un estudio realizado en 20 hospitales, 27 centros de salud y 16 puestos de salud, a partir de una amplia selección de indicadores de calidad, dio una puntuación media del 43% a los hospitales, del 33% a los centros de salud (solo cuatro alcanzaron el 50%) y del 21% a los puestos de salud (ninguno recibió el 50%)<sup>56</sup>.
- **Malos resultados.** Para muestra, las tasas de mortalidad del país. Evidentemente, el sistema sanitario apenas contribuye a reducirlas.



54. MSPP, ob. cit.

55. *Ibíd.*

56. *Ibíd.* El estudio identificó una amplia selección de indicadores de "calidad de servicio" y después los puntuó en una escala de 0 a 100.

### PARTE III RESPUESTA INSUFICIENTE A LAS NECESIDADES MÉDICAS

#### Compromisos de financiación de la sanidad en la RCA

La teoría clásica establece que la ayuda humanitaria debe prestarse durante las crisis, tras las cuales puede reanudarse el desarrollo. Pero en la RCA, esta teoría lisa y llanamente no concuerda con la realidad. Se trata de un país en crisis permanente y en situación de emergencia crónica. La distinción entre ayuda humanitaria y ayuda al desarrollo puede ser pertinente para las agencias y donantes, pero no debería utilizarse para enmascarar o ignorar las necesidades médicas cruciales no cubiertas en el terreno. Los diferentes agentes de ayuda deberían hacer una revisión crítica de sus análisis del país a partir de los datos que presentamos en este informe. Independientemente de la teoría, la realidad médica de la población de la RCA es pésima y exige medidas urgentes.

La ayuda humanitaria puede contribuir a reducir el número de muertes por enfermedades endémicas y epidémicas y por los efectos de la crisis, los conflictos y los desplazamientos. Pero para que el país tenga un sistema sanitario como es debido, el Gobierno, en colaboración con sus socios internacionales, debe empezar a responsabilizarse de la salud de sus ciudadanos.

El nivel de compromiso actual con la sanidad en la RCA por parte del Gobierno del país y de los organismos internacionales (tanto humanitarios como de desarrollo) es claramente insuficiente, dada la magnitud de las necesidades. Es más, el compromiso de la ayuda internacional se ha reducido. Esta situación debe cambiar urgentemente.

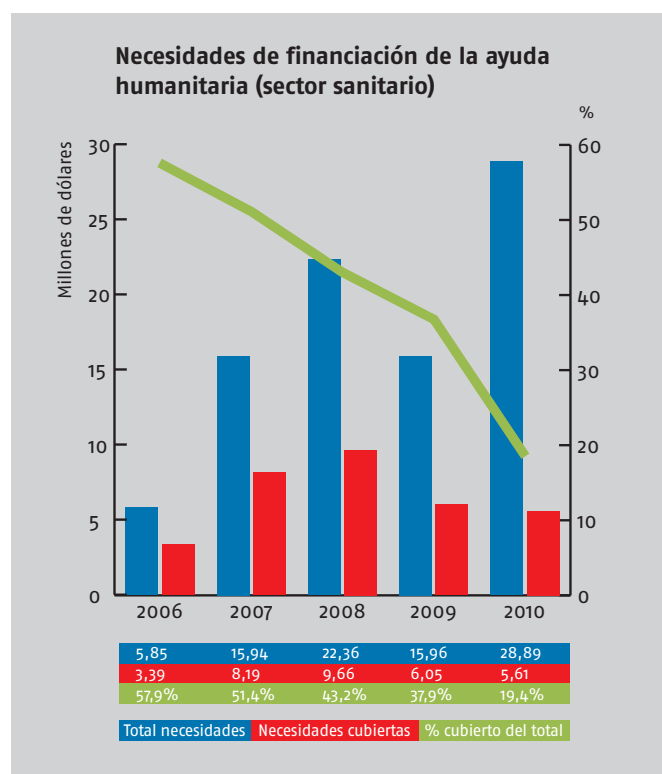


© Michael Kottmeier/agenda

#### Financiación aportada por el Gobierno de la RCA

El Gobierno centrafricano dedica pocos recursos a la sanidad: el gasto es de apenas 7 dólares per cápita/año, el quinto más bajo del mundo<sup>57</sup>. El presupuesto anual en sanidad es de 30,8 millones de dólares, el 11% del gasto total del Estado<sup>58</sup>. En la Declaración de Abuja de 2001, los países africanos, entre ellos la RCA, se comprometieron a dedicar al menos el 15% de los ingresos gubernamentales a sanidad. La RCA no solo no ha cumplido ese objetivo, sino que ha reducido su contribución entre 2001 y 2009<sup>59</sup>.

La atención médica carece de un liderazgo coherente, trabajadores cualificados y políticas que la orienten. El Gobierno debe darle prioridad y establecer las condiciones que permitan una mayor ayuda, así como una mayor rendición de cuentas.



57. "Health systems: Health expenditure per capita". Depósito de Datos del Observatorio de Salud Mundial, OMS, 2011 (base de datos). En: <http://apps.who.int/ghodata> (página web accedida el 7 de octubre de 2011).

58. "Health systems: Health expenditure ratios". Depósito de Datos del Observatorio de Salud Mundial, OMS, 2011 (base de datos). En: <http://apps.who.int/ghodata> (página web accedida el 7 de octubre de 2011).

59. "The Abuja Declaration: Ten years on". OMS, 2011 (en Internet). En: [www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf](http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf) (página web accedida el 18 de octubre de 2011).

## Ayuda humanitaria

Aunque las necesidades de financiación de la ayuda humanitaria no han dejado de aumentar en los últimos cinco años<sup>60</sup>, la cobertura de estas necesidades por parte de los donantes alcanzó su punto más alto en 2008 y desde entonces ha disminuido considerablemente, tanto en todas las formas de ayuda humanitaria como en el sector sanitario. La revisión de mediados de 2011 del Proceso de Llamamiento Consolidado (CAP, por sus siglas en inglés) ha arrojado que hasta ahora solo se ha cubierto el 43% de las necesidades de ayuda humanitaria (59,3 millones de dólares de los 139,5 necesarios) y el 20% de las del sector sanitario (5,2 millones de dólares de los 26,5 necesarios)<sup>61</sup>.

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, por sus siglas en inglés) desempeña un papel central en la obtención y distribución de fondos humanitarios en la RCA<sup>62</sup>. El esfuerzo concertado por OCHA desde 2007 ha dado como resultado un aumento del gasto, pero el CAP se ha volcado en las zonas más afectadas por conflictos.

Este foco en las zonas de conflicto no es inapropiado, pero sí inadecuado, ya que no reconoce la crisis médica que vive el país y conduce al cierre de actividades médicas debido a la falta de financiación o de interés de los donantes. Por ejemplo,

el donante más importante del país es ECHO, la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea, que ha dado prioridad a las zonas de conflicto del este y el noreste en detrimento del noroeste, supuestamente en situación de posconflicto, pero donde los servicios de salud distan mucho de haberse reconstruido y las necesidades médicas siguen siendo enormes.

## Ayuda de los donantes internacionales

La ayuda de los donantes internacionales a la atención médica en la RCA también denota un debilitamiento de su compromiso. La ayuda oficial al desarrollo de la RCA por parte de los grandes donantes bilaterales y multilaterales pasó de 139,5 millones de dólares en 2005 a 369,5 millones en 2009, pero el gasto bruto en sanidad cayó de 39,9 millones a 9,9 en el mismo periodo<sup>63</sup>.

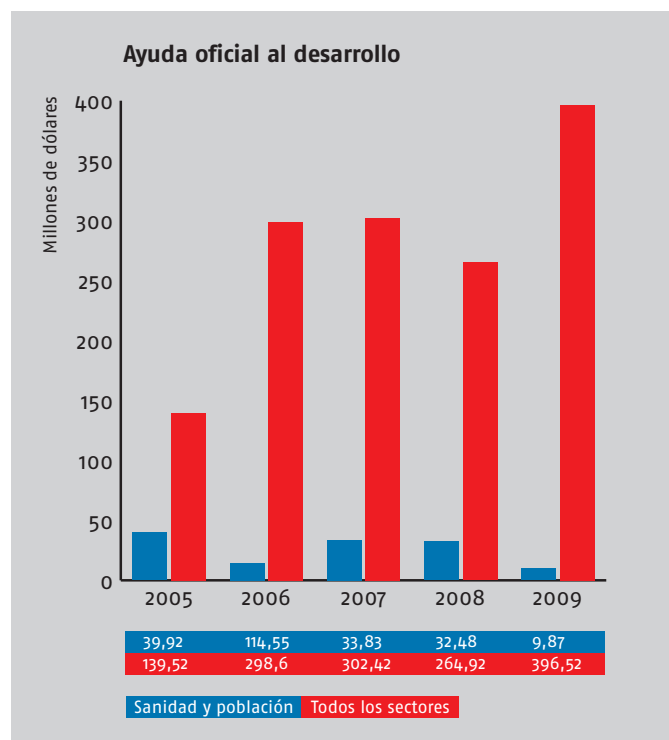
Aún más preocupante es el hecho de que el compromiso para mantener estos niveles de ayuda, ya de por sí bajos, parece estar disminuyendo. Algunos grandes donantes incluso hablan de retirar progresivamente su ayuda al país, ya sea en el sector sanitario o en su conjunto.

Sin duda la RCA es un país difícil para la ayuda humanitaria. Si se quiere que los programas tengan éxito, han de asociarse con un Gobierno al que le cuesta mucho cumplir sus compromisos. Aun así, la RCA necesita urgentemente ayuda para construir un sistema sanitario que funcione a largo plazo. Solo se logrará con persistencia y una dosis de pensamiento creativo.

## Aportación del Fondo Mundial

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria es el mayor financiador de programas de salud en la RCA. Ha firmado con el Gobierno del país ocho acuerdos de ayuda: cuatro para el VIH, dos para la tuberculosis (TB) y dos para la malaria, de los cuales solo dos (para el VIH y la malaria) siguen en vigor<sup>64</sup>. Entre 2003 (año en que concedió las primeras ayudas) y 2011, el Fondo Mundial ha desembolsado 61,9 millones de dólares frente a los 84 millones comprometidos, es decir, aún ha de pagar 22,1 millones.

Desde 2009, el Fondo Mundial ha interrumpido y suspendido masivamente el pago de las ayudas, a menudo durante meses, debido sobre todo a la preocupación por la falta de rendición de cuentas. Las ayudas que más han acusado el golpe han sido las de la malaria, que se han mantenido muy bajas desde 2009 e incluso se han suspendido algunos años, lo que ha afectado enormemente a la disponibilidad de medicamentos y, por tanto, a los pacientes que los necesitan. Reconocemos la



60. "Financial Tracking System: Central African Republic". OCHA, 2011 (base de datos). En: <http://fts.unocha.org/pagelader.aspx?page=emerg-emergencyCountryDetails&cc=caf> (página web accedida el 10 de septiembre de 2011).

61. "Central African Republic: 2011 Consolidated Appeal Mid-Year Review". OCHA, 2011. En: <http://ochaonline.un.org/cap2006/webpage.asp?Page=1957> (página web accedida el 10 de septiembre de 2011).

62. MSF no es miembro oficial del sistema de clusters, solo tiene estatus de observador. No recibe financiación directa ni a través del CAP ni de las agencias de Naciones Unidas en la RCA.

63. *AidFlows: Central African Republic*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-Comité de Ayuda al Desarrollo (OCDE-CAD), 2011 (base de datos). En: <http://siteresources.worldbank.org/CFPEXT/Resources/299947-1266002444164/index.html> (página web accedida el 10 de septiembre de 2011). Estos datos solo son de los 10 mayores donantes bilaterales y multilaterales de cada año.

64. Central African Republic. Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2011 (en Internet). En: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/CAF> (página web accedida el 18 de octubre de 2011).



## CONCLUSIÓN

necesidad de equilibrar la rendición de cuentas a los donantes y los pacientes, pero la elevada carga de VIH, TB y malaria nos exige encontrar soluciones creativas para su tratamiento.

### El compromiso de MSF

MSF gastó 18,1 millones de dólares en la RCA en 2009<sup>65</sup> y 22,8 millones en 2010. Aunque tenemos grandes dificultades para que nuestras operaciones en el país alcancen la escala que queremos, aspiramos a ampliar la cobertura de nuestros programas y posicionarnos mejor para atender las necesidades médicas.

Originalmente, nuestros programas se localizaron en función de los conflictos históricos de la RCA, pero estamos revisando nuestro papel en el país. Actualmente estamos reorientando algunas de nuestras operaciones hacia programas a más largo plazo, conscientes de que la situación tardará años en mejorar. Por ejemplo, estamos estudiando la posibilidad de un proyecto a largo plazo de hospital en Bangui. Otros proyectos, incluidos los de Kabo, Batangafo y Ndélé, también cuentan con plazos más largos y compromisos de recursos importantes. Otras inversiones en proyectos de hospitales a más largo plazo están en estudio.

En estos momentos no prevemos una estrategia de salida realista. Es algo que nos preocupa mucho, pero la naturaleza de la crisis en que está sumido el país no nos deja otra opción. En lo que desde luego somos realistas es en que nosotros solos no podemos resolver esta crisis médica.

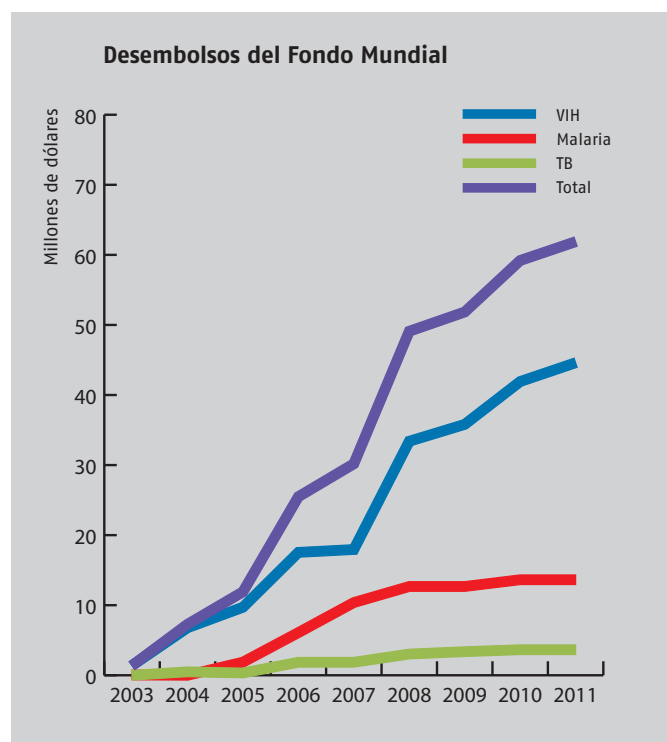
La RCA se encuentra en un estado de emergencia médica crónica. Mientras el mundo, e incluso el propio Gobierno del país, miran para otro lado, un número inaceptable de centroafricanos sufren y mueren cada día. El compromiso de todos los organismos implicados, entre ellos, el Gobierno de la RCA y los países donantes, con la salud de los centroafricanos incluso está disminuyendo. Peor aún, todo apunta a que si no se reconoce esta crisis médica, el país quedará atrapado en esa emergencia crónica: la comunidad internacional no lo considera lo suficientemente fiable ni su situación lo bastante urgente como para merecer una ayuda al desarrollo o de emergencia importantes.

Esta trampa hace que el diagnóstico a largo plazo sea sombrío e inaceptable. Aunque el Gobierno funciona en Bangui y las prefecturas vecinas, en gran parte del país reina la impunidad y el Estado apenas existe. Sin ayuda exterior, el sistema sanitario simplemente no funcionaría. Por otro lado, la corrupción y la escasa capacidad del sistema han entorpecido, cuando no impedido, muchos intentos de ayudar al país.

No se nos escapa el dilema: los elevados niveles de disfunción obstaculizan todos los aspectos de la prestación de asistencia médica, incluidos el suministro de medicamentos, la calidad de la atención y la rendición de cuentas del sistema, y se lo ponen muy difícil a los donantes internacionales. Pero se ha de tener en cuenta el alarmante exceso de mortalidad, que exige medidas urgentes.

Por el bien de los 4,4 millones de centroafricanos, esta situación no se puede permitir. La ayuda médica ofrecida actualmente es sencillamente insuficiente. El país necesita más organizaciones que realicen operaciones de mayor tamaño a fin de dar cobertura a una proporción mayor de la población. Si los viejos modelos de ayuda no han funcionado, habrá que crear otros nuevos.

Desde nuestra enorme preocupación por la emergencia médica que sufre la RCA, hacemos un llamamiento a los responsables de dentro y fuera del país para que tomen las medidas necesarias.



65. International Financial Report. MSF, 2010 (en Internet). En: [www.msf.org/msf/articles/2010/07/msf-international-activity-report--2009.cfm](http://www.msf.org/msf/articles/2010/07/msf-international-activity-report--2009.cfm) (página web accedida el 10 de septiembre de 2011). Las cifras se han convertido a dólares estadounidenses según el tipo de cambio del 31 de diciembre de 2009.

Publicado por:  
Médicos Sin Fronteras  
Nou de la Rambla, 26  
08001 Barcelona

Contacto para información:  
[clara.tarrero@barcelona.msf.org](mailto:clara.tarrero@barcelona.msf.org)  
Tel. +34 93 304 61 00  
[www.msf.es](http://www.msf.es)

